

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

No 59

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Moszek KAMRAT

Né le 21 janvier 1909, à Skala (Pologne)

Contribution à l'Étude
d'un dérivé soluble de la sulfamide
la Paraaminophényl-sulfamide méthylène
sulfonate de soude en Stomatologie

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Moszek KAMRAT

Né le 21 janvier 1909, à Skala (Pologne)

**Contribution à l'Étude
d'un dérivé soluble de la sulfamide
la Paraaminophényl-sulfamide méthylène
sulfonate de soude en Stomatologie**

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1939

DOYEN... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	R. DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la tuberculose	TROISIÈRE.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale	N...
	HASARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE..... Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BÉNARD (H.) .. Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK..... Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES.. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY.... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtr.e.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET.. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgi-
 cale.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	}	BASSET.	}
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
VALLERY-RADOT			
(Pasteur).			
SÉZARY.			
	Clinique médicale.		Clinique chirurgicale.

MM.	
ÉCALLE.	}
METZGER.	
	Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE (*in memoriam*)

Suprême hommage de ma piété filiale.

A MA MÈRE

*A l'Etre qui est ce que j'ai de plus cher
au monde, je dédie ce travail.*

*Qu'Elle trouve dans ce modeste ouvrage
un humble témoignage de mon amour filial
et de ma profonde reconnaissance.*

A MES SŒURS

*Je ne saurai les remercier jamais assez
pour toute la tendre sollicitude dont elles
m'ont toujours entourées.*

*Faible témoignage de mon sincère attache-
ment fraternel.*

A MES FRÈRES

Sincère hommage fraternel.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de Clinique médicale
Médecin de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance et
l'hommage de notre vive gratitude.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉLIARD

Stomatologiste honoraire de l'Hôtel-Dieu
Professeur à l'Ecole française de Stomatologie
Officier de la Légion d'honneur

A qui nous sommes profondément reconnaissant de nous avoir accordé un bienveillant accueil dans son Service de l'Hôtel-Dieu, où nous avons pu nous familiariser avec la clinique stomatologique.

Nous le prions de trouver ici l'assurance de notre admiration et notre vive gratitude pour l'enseignement et pour les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. LEBOURG

Stomatologiste des Hôpitaux
Professeur à l'Ecole française de Stomatologie

Qui a inspiré et orienté le sujet de ce modeste travail et nous a porté à tous moments son précieux concours.

Nous le prions d'agréer ici l'expression de notre profond respect et notre vive reconnaissance pour la bienveillance que nous avons toujours trouvée auprès de lui.

A MADAME LA DOCTORESSE SUZANNE SÉROT-CERNEA

Assistante de Stomatologie à l'Hôtel-Dieu

Toute notre gratitude pour l'enseignement et pour les fructueux conseils prodigués au cours de nos nombreuses interventions stomatologiques.

Qu'elle trouve ici l'expression de notre reconnaissance pour sa parfaite cordialité.

A MADAME LA DOCTORESSE HAMM

Hommage de notre vive et sincère gratitude.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBÉ
MONSIEUR LE DOCTEUR CHEVRIER, Chirurgien de
l'Hôpital de La Pitié
MONSIEUR LE PROFESSEUR ABRAMI
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet
MONSIEUR LE PROFESSEUR RATHERY
MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR SÉZARY, AGRÉGÉ
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR TERRIEN
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARION
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. CLAUDE
MONSIEUR LE DOCTEUR BÉLIARD, Stomatologiste
honoraire de l'Hôtel-Dieu

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

Introduction.

Les infections bucco-dentaires relèvent avant tout d'une thérapeutique locale, mais les médications générales qui leur sont opposées apparaissent, de plus en plus, comme de précieux adjuvants.

La vaccinothérapie, la chimiothérapie, ont fait, à l'heure actuelle, leur preuve.

La thérapeutique par les dérivés sulfamidés a retenu, dès son apparition, l'attention des stomatologistes, pour deux raisons :

— La première est que cette thérapeutique paraît douée d'un pouvoir spécifique contre les streptocoques, si fréquemment rencontrés dans la cavité buccale.

— La seconde raison est qu'il s'agit d'une thérapeutique par voie buccale, très facile à administrer dans les conditions de la pratique stomatologique courante.

Nous ne sommes donc pas les premiers à avoir expérimenté les dérivés sulfamidés dans le traitement des infections bucco-dentaires.

Les résultats obtenus pour toutes les complications de la carie dentaire, comme pour de nombreuses variétés de stomatites, sont maintenant bien connus, et

cependant l'usage de ces corps en stomatologie n'est pas encore entré dans la pratique courante. C'est que la plupart d'entre eux possède une toxicité qui en limite l'emploi.

Nous nous sommes intéressés à la Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude parce qu'il nous a paru être de beaucoup le moins toxique des dérivés sulfamidés.

Nous l'avons en effet utilisé à des doses considérables et prolongées, aussi bien par voie buccale, que par voie intra-veineuse, sans avoir jamais enregistré le moindre accident.

La voie intraveineuse est certainement préférable dans certains cas graves, mais nous voulons souligner surtout, dans les pages qui vont suivre, les avantages que l'on peut espérer d'une thérapeutique facile à administrer par voie buccale et qui semble limiter, dans d'intéressantes proportions, l'étendue et la gravité des infections qui nous occupent.

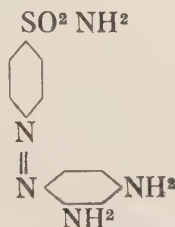
Historique. Les dérivés sulfamidés.

De nombreux dérivés de la sulfamide ont été proposés.

Il n'est pas inutile de les rapporter brièvement.

Le premier en date, base de toutes les recherches ultérieures, est le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine des Allemands Domagh, Mietzsch et Klarer.

On y retrouve la fonction azoïque — N = N — existant dans plusieurs médicaments trypanocides, tels que Trypanbleu, le Trypanrouge et l'Afridol-violet.



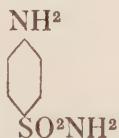
Chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine

Mais le nouvel azoïque présente sur ces derniers la propriété particulière de permettre l'adjonction de fonctions acides du deuxième noyau, sans que son activité thérapeutique soit très atteinte.

C'est le cas de l'Azoïque IV de Girard qui possède une fonction supplémentaire COOH qui lui confère une solubilité intéressante.

Le chlorhydrate de sulfamido-chrysoïdine des auteurs allemands acquiert lui aussi des propriétés solubilisantes, par la présence des fonctions acides sulfoniques sur le noyau naphtalénique.

Les docteurs J. Tréfouel, F. Nitti et Bovet, en 1935, mirent en évidence l'activité antistreptococcique de la Paraaminophényl-sulfamide. Ils émirent l'hypothèse que l'azoïque devrait se couper dans l'organisme au niveau de la double liaison, en libérant la paraaminophényl-sulfamide active :



Paraaminophényl-sulfamide 1662 F.

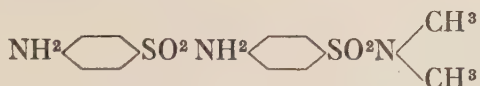
Ce corps a été expérimenté et employé sur une vaste échelle.

Les travaux les plus récents ont eu dès lors comme point de départ la sulfamide : $\text{NH}_2\text{-C}_6\text{H}_4\text{-SO}_2\text{-NH}_2$. Une première série de substitutions opérées sur la fonction *aminée* NH_2 a abouti le plus souvent à des corps de toxicité moindre, le 109 M. ou Paraaminophényl-sulfamide-méthylène, sulfonate de soude, le benzyl-amino-phényl-sulfamide, etc...

D'autre part, les substitutions ont eu lieu sur la fonction *amide* SO_2NH_2 .

C'est le cas du dérivé pyridique de la sulfamide préparé pour la première fois en Angleterre. Ce corps présenterait une très grande activité antistreptococcique.

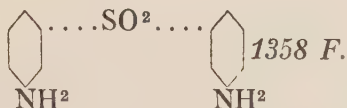
D'autres corps présentent des substitutions sur l'amine et sur l'amide, c'est le cas de D. B. 90 des auteurs allemands :



4-amino-phényl-sulfamide-phényl-diméthyl-sulfamide

Son activité n'étant pas supérieure à celle des sulfamides et les accidents nerveux, à longue échéance, qu'il provoque, limitant son emploi.

Enfin, poussant plus loin les modifications, on peut envisager dans la molécule de sulfamide le remplacement de l'amide par un radical R. C'est le cas de sulfone :



Son activité a été étudiée, en même temps en Angleterre, au Wellcome Institut, par le D^r Buttle et en France, à l'Institut Pasteur, par MM. Tréfouël, Fourneau, Nitti et Bovet.

Sur la souris, son activité serait entre 10 fois et 100 fois plus grande que la sulfamide dans les streptococcies et pneumococcies expérimentales.

Il est, par contre, infiniment plus toxique ; son dérivé acétylé est le para-acétyl-amino-phényl-sulfone.

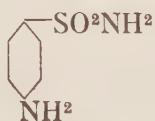
Ses indications restent plus limitées que celles de la sulfamide. Il n'en possède pas l'extrême diffusibilité et, de ce fait, ne semble pas indiqué pour le traitement des méningites, par exemple.

Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude.

ETUDE EXPÉRIMENTALE.

Domagh découvrit, il y a plusieurs années, l'activité antistreptococcique de divers azoïques dans lesquels on trouve toujours le groupe paraaminophénylsulfamide ; ces azoïques sont des colorants rouges doués d'un grand pouvoir tinctorial.

Cette observation fut le point de départ des travaux de chimiothérapie de Tréfouel, Nitti et Bovet qui permirent d'établir que la partie active de ces molécules colorées était due à la paraaminophénylsulfamide :



et non aux fonctions azoïques qui entrent dans les molécules de ces matières tinctoriales.

Le Docteur Mouneyrat est parti de cette molécule paraaminophénylsulfamide pour faire la synthèse d'autres corps solubles plus maniables et moins dangereux que l'aminophénylsulfamide elle-même. La

paraaminophénylsulfamide est en effet insoluble dans l'eau, de ce fait, elle ne peut être employée que par voie buccale.

D'autre part, aux doses moyennes, les dérivés sulfamidés provoquent souvent de la méthémoglobinémie et de la sulfhémoglobinémie se traduisant cliniquement par de la cyanose et de l'anémie.

On attribue ce trouble au groupe amine NH^2 fixé sur le noyau benzénique.

On sait en effet depuis longtemps que les amines aromatiques, dont l'aniline :

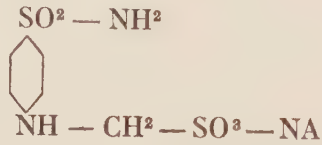


est le type, ont la propriété de provoquer la formation de méthémoglobine, inconvénient qui disparaît en grande partie lorsqu'on bloque la fonction amine de cette base ; c'est ainsi que l'acétanilide est beaucoup moins dangereuse que l'aniline.

Le Docteur Mouneyrat a cherché à obtenir un dérivé de la sulfamide qui soit incolore, soluble dans l'eau (afin qu'il puisse être employé indifféremment par voie intraveineuse, intramusculaire ou buccale), non toxique et ne donnant pas lieu à la formation de méthémoglobine, tout en lui conservant les propriétés antistreptococciques de la sulfamide elle-même.

Le nouveau dérivé soluble de la sulfamide que nous étudions sous le nom de Paraaminophényl-sulfamide-méthylène sulfonate de soude ayant son groupe ami-

nogène NH^2 (fixé au noyau benzénique) bloqué, ne provoque ni méthémoglobinémie, ni sulfhémoglobinémie, ni cyanose, ni agranulocytose et peut être employé sans danger aux doses thérapeutiques que nous indiquons plus loin.



Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude.

Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude

Ses propriétés antiseptiques *in vitro*.

(TRÈS FAIBLE TOXICITÉ)

M. Jean Michaux, M^{lle} Pelletier et M. J. M. Ficheux, ont étudié l'action thérapeutique de ce corps, 109 M. méthylène sulfonate de soude paraaminophénylsulfamide et ils ont étudié son rôle antiseptique *in vitro*.

Ils ont préparé des milieux à la gélose dans des boîtes de Petri, dont les unes contenaient des milieux normaux témoins, cependant que les autres contenaient des milieux de culture additionnés d'une plus ou moins forte proportion de 109 M.

Ils ontensemencé ensuite avec la même couche microbienne, d'une part, les boîtes témoins, d'autre part, les milieux aseptisés à plus ou moins grande dilution. Ils les ontensemencés avec du streptocoque, du staphylocoque blanc, du staphylocoque doré, du colibacille et du bacille typhique.

Les premiers essais furent faits à des dilutions faibles, à 3 gr. 100. A cette dilution, aucun microbe ne poussait pendant huit jours. A 1,50 pour 1.000, il y a eu empêchement net pour tous les microbes le pre-

mier jour ; le lendemain, le bacille typhique commençait à pousser, le colibacille poussait en colonies très séparées, tandis que sur le milieu témoin, les colonies étaient nombreuses et rassemblées. Le staphylocoque doré a poussé à peu près aussi bien que sur le milieu témoin. Le staphylocoque blanc ne poussait que beaucoup plus tard, vers le quatrième jour. Le streptocoque ne poussait pas au bout de huit jours.

Dans les expériences suivantes, des dilutions à 1 pour 10.000 ont été étudiées ; il n'y a eu aucune action, même retardante, sur aucun microbe.

A 1 pour 5.000, mêmes résultats à peu près nuls.

A une dilution de 1 pour 2.500, il y a eu empêchement du développement du streptocoque pendant trois jours, avec développement très lent par la suite, cependant qu'il n'y avait que retard dans le développement des cultures des autres microbes.

Par ailleurs, ils ontensemencé, sur boîtes de gélose témoins et sur boîtes antiseptisées par du 109 M. à 1 pour 1.000, quelques crachats de bronchiteux chroniques. Alors que des colonies nombreuses de diplocoques étaient apparues en vingt-quatre heures sur le milieu témoin, il n'en existait pas une seule dans le même temps sur le milieu préparé. En quarante-huit heures, celui-ci présentait quelques très petites colonies et ces colonies restaient très fines, séparées au bout de sept jours, tandis qu'elles étaient très étalées et confluentes sur le milieu témoin.

De tout cela, on peut conclure que la paraaminophénylsulfamide méthylène sulfonate de soude est un

antiseptique *in vitro* assez faible. Il est vrai que sa toxicité elle-même est très faible, puisque la souris en tolère une dose de 200 mgr. pour 20 gr.

M. Mouneyrat a essayé d'administrer le 109 M., à doses très élevées, à des lapins ; ils ont supporté 50 gr. en trois semaines (à raison de 2 gr. 50 par jour pour des lapins de 2 kgr. 500) en continuant à se porter parfaitement et à prendre du poids.

Un lapin de poids de 3 kgr. 400 a reçu pendant onze jours 2 gr. de corps 109 M. tous les jours et, ensuite, 5 gr. tous les jours pendant treize jours, par voie buccale. Le lapin a bien supporté ces doses énormes, il n'a pas diminué de poids.

Sur le lapin, le corps 109 M. est moins toxique que la paraaminophénylsulfamide.

C'est là un point important quand il s'agit de donner un antiseptique qui ne semble agir qu'à doses relativement fortes.

Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude

Ses principales indications thérapeutiques.

La Paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude ou 109 M. présente le très grand avantage d'être, chez l'homme, aussi actif que la sulfamide, tout en étant parfaitement toléré.

L'écart entre la dose toxique et la dose curative est considérable, l'index thérapeutique de 109 M. est donc des plus favorables.

Le 109 M. est très actif, son efficacité sur les streptocoques a déjà été signalée par M. Schmid et M^{lle} J. Mouneyrat et, fait intéressant, en stomatologie son action est très énergique sur l'infection streptococcique localisée du système ectodermique. En effet, les résultats les plus brillants ont été obtenus dans l'érysipèle et les méningites à streptocoques.

M. Milian a signalé les bons effets du 109 M., ainsi que M. Grollet, sur les gonocoques.

M. Jean Michaux, M^{lle} Pelletier et M. J.-M. Ficheux ont rapporté les bons résultats obtenus avec le 109 M. dans les affections aiguës, les bronchites chroniques et les affections du cavum chez les adultes et les nourrissons.

Sous l'influence de 109 M. l'expectoration diminue très rapidement et l'on constate une prompte amélioration des signes fonctionnels et généraux.

M. Schmid a enfin signalé son action rapide dans les broncho-pneumonies des jeunes enfants.

CLINIQUE STOMATOLOGIQUE.

Le Dr René Martin, de l'Institut Pasteur, a rapporté au X^e Congrès de Stomatologie, en octobre 1938, un résumé rapide des trois références concernant l'action thérapeutique des dérivés sulfamidés en clinique stomatologique.

Nous croyons intéressant de les reproduire dans notre étude.

M. Lanier, de Washington, emploie les dérivés sulfamidés systématiquement dans toutes les infections de la bouche, à l'exclusion de la stomatite de Vincent. En six mois, 100 cas d'extractions dentaires, avec pyorrhée grave, ont été traitées en introduisant dans l'alvéole une particule de 0,03 gr. à 0,30 gr. de sulfamide. Même traitement dans plus de 250 cas d'infections chroniques périapicales.

Alors que de nombreux cocci pouvaient être mis en évidence avant le traitement, ceux-ci avaient disparu presque totalement de vingt-quatre à quarante-huit heures après le début du traitement et complètement en trois jours.

Dans tous les cas, M. Lanier a pu constater une

diminution considérable du nombre des plaies et l'atténuation des douleurs consécutives aux extractions.

M. Fulghum, de Washington, a administré par voie intramusculaire de la sulfamide à un enfant de 3 ans atteint, selon l'auteur, d'angine de Ludwig ? Une amélioration rapide se produisit et le retour à la normale fut infiniment plus rapide que celui observé habituellement à la suite du traitement chirurgical. L'auteur émettait l'hypothèse que l'emploi de la sulfamide réduirait considérablement la mortalité dans les cas d'angine de Ludwig.

. M. J. Wartin a observé un malade atteint de stomatite fuso-spirillaire provoquée par des accidents de dents de sagesse. En moins de deux jours, le 1162 F. a cicatrisé des lésions jusqu'alors rebelles à tout traitement local.

M^{lle} Pauline Kletter, dans sa thèse 1938, sur les Ostéites mandibulaires chez l'enfant, a insisté sur les bons effets thérapeutiques des dérivés sulfamides dans les infections bucco-dentaires.

Nous avons étudié l'action thérapeutique du méthylène sulfonate de soude paraaminophénylsulfamide ou corps 109 M. sur les malades traités à l'Hôtel-Dieu, dans le courant de l'année 1938 et 1939, janvier-février ; notre expérimentation porte sur plus de 200 malades.

Dans l'impossibilité de rapporter toutes les observations, nous publions ici un choix parmi les plus typiques.

Pour notre part, nous n'avons rencontré aucun accident d'intolérance après le traitement par le 109 M., même à des doses massives.

Pratiquement donc, il n'y a pas de *contre-indication* à l'emploi du paraaminophénylsulfamide méthylène sulfonate de soude (109 M.). En particulier, il n'influence pas le rein.

Tous nos malades ont bien supporté le traitement. Il n'y a jamais eu de cyanose, ni d'anémie.

L'examen d'urines que nous avons pratiqué chez les nombreux malades ne nous a jamais révélé la présence d'albumine.

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI.

Notre thérapeutique doit être guidée par les deux faits suivants révélés par notre expérimentation :

1° La nécessité d'attaquer à fortes doses d'emblée (afin d'éviter la sulfamido-résistance éventuelle ?).

2° La nécessité de prolonger le traitement pendant quelques jours à doses décroissantes après la guérison apparente, afin de mettre sûrement les malades à l'abri de rechutes tardives.

Nous rappelons que par voie expérimentale les souris atteintes d'infection streptococcique ont été traitées d'emblée, avec des fortes doses, par le corps 109 M.

La paraaminophénylsulfamide méthylène sulfonate de soude ou corps 109 M. s'administre en com-

primés de 0 gr. 50, ou en solution injectable aqueuse à 20 % de 109 M. par ampoules de 10 cm³.

Per os : aux doses journalières chez l'adulte :

A titre préventif : 4 à 8 comprimés, soit 2 à 4 gr.

A titre curatif : 8 à 16 comprimés, soit 4 à 8 gr.

Enfants : moitié dose.

Ces comprimés doivent être absorbés par doses fractionnées au cours de la journée. Nous avons conseillé à nos malades de ne prendre que 2 comprimés à la fois, avec un peu d'eau, car le corps 109 M. s'élimine très rapidement et il est nécessaire de maintenir continuellement l'organisme sous son influence.

Par voie intraveineuse : La dose journalière est d'une ampoule renfermant 10 cm³ de solution à 20 % de corps 109 M., soit 2 gr. du produit.

Le traitement doit être continué à doses décroissantes pendant quelques jours qui suivent la disparition de tous les symptômes infectieux.

Paraamino-phényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude

Son activité thérapeutique.

Nous avons étudié le corps 109 M. dans toutes les affections bucco-dentaires, en particulier dans les grandes suppurations.

Nous avons observé que dans les vingt-quatre heures qui suivaient l'absorption du corps 109 M., une augmentation de l'écoulement purulent et une amélioration considérable du S. F. sur tout l'élément *douleur*.

Le corps 109 M. paraît agir comme un véritable drain.

La plupart des malades vus la veille à la consultation nous disaient toujours : « Avant, je ne pouvais pas dormir, parce que je souffrais et, cette nuit, mon sommeil a été aussi dérangé par le pus qui se vidait comme d'un robinet. ».

Quarante-huit heures après, dans l'immense majorité des cas, la suppuration était tarie et l'aspect physique de la lésion était complètement transformé par suite de la disparition de la fluxion et le retour à la normale de l'aspect des téguments.

Nous avons classé nos observations en 2 groupes :

1° Malades traités uniquement par le corps 109 M.

2° Malades traités primitivement par les vaccins et après l'échec du traitement habituel, traitement médical par le corps 109 M.

Les observations sont enfin suivies par un tableau qui montre l'efficacité de cette thérapeutique.

**1° MALADES TRAITÉS UNIQUEMENT
PAR LA PARAAMINOPHÉNYL-
SULFAMIDE MÉTHYLÈNE SULFONATE
DE SOUDE.**

I. — *Polyarthrite alvéolo-dentaire.*

Mme P..., 44 ans, nous a été envoyée du Service d'ophtalmologie le 10 juin 1938, la malade présentant un glaucome chronique.

La malade se plaint de névralgies dentaires intermittentes avec des exacerbations nocturnes et datant d'un mois environ.

A l'examen, on note une lyse alvéolaire marquée surtout au niveau des molaires qui sont très extrusées.

On fait un détartrage discret et traitement médical par le 109 M., 10 comprimés par vingt-quatre heures.

11 juin 1938 : Notable amélioration. On fait l'extraction de la D₂ très mobile, 109 M., 10 comprimés.

13 juin 1938 : L'amélioration continue. Les troubles oculaires s'amendent. On diminue la dose de 109 M. à 5 comprimés par jour.

15 juin 1938 : Nouvel état congestif de l'œil droit, mais plus de névralgies.

17 juin 1938 : Même état. On augmente la dose de 109 M., à 12 comprimés par jour.

20 juin 1938 : Notable amélioration. La malade ne souffre plus.

22 juin 1938 : Bon état. Hygiène buccale, 109 M., 10 comprimés. La malade n'est plus revenue.

II. — *Ostéophlegmon dû à une monoarthrite de g⁴ et g⁵.*

M. D... P..., âgé de 38 ans, se présente à la consultation le 10 juin 1938, pour une tuméfaction et des phénomènes douloureux siégeant dans la région de la branche horizontale gauche de la mandibule et datant de trois jours. La lésion s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire douloureuse à la palpation.

Le vestibule est comblé au niveau de g⁴⁻⁵, la collection est nette.

On incise la collection et on fait l'extraction de g⁴⁻⁵. Traitement médical par le 109 M., 10 comprimés par vingt-quatre heures.

11 juin 1938 : L'enflure a totalement disparu. 109 M., 5 comprimés.

13 juin 1938 : Guérison complète.

III. — *Monoarthrite suppurée de la g⁴.*

M. H... A..., âgé de 67 ans, se présente à la consultation le 17 juin 1938, pour des névralgies dentaires localisées au niveau de la mandibule gauche et datant d'un mois environ. A l'examen, on note une monoarthrite apicale suppurée de la g⁴.

Extraction de la g⁴ et traitement médical par le 109 M., 10 comprimés par jour.

19 juin 1938 : Grande amélioration, le malade ne souffre plus ; la plaie alvéolaire est propre. 109 M., 8 comprimés en vingt-quatre heures, le malade n'est plus revenu.

IV. — *Ostéophlegmon au niveau de la G⁴.*

M. M... L..., âgé de 28 ans, se présente à la consultation le 13 juin 1938, pour une tuméfaction douloureuse de la joue gauche et datant de trois jours environ. La fluxion a effacé le sillon naso-génien et on note un œdème de la paupière inférieure gauche.

L'œil gauche est légèrement injecté.

A l'examen intrabuccal, on trouve la muqueuse gingivale gauche très œdématiée et douloureuse au toucher.

G⁴ présente une monoarthrite apicale. G⁶ est à l'état de racine gangrénée. Le vestibule est comblé. On fait l'extraction de G⁴ et G⁶ racines et on administre le 109 M., à raison de 10 comprimés par jour. On voit le malade tous les jours.

Dès le lendemain, on note une grande amélioration. Les névralgies ont complètement cessé et le pus s'écoule en abondance par l'alvéole de la G⁴. La tuméfaction diminue progressivement et l'œdème palpébral disparaît.

25 juin 1938 : On note une destruction de la muqueuse au niveau de la G⁶⁻⁵, le malade accuse des douleurs provoquées par le toucher au niveau de la muqueuse de G⁵⁻⁶. Par ailleurs, la joue est presque complètement désenflée.

29 juin 1938 : Extraction de la G⁵ et on retire en plus deux petites esquilles osseuses du bord alvéolaire G⁶. Le malade est toujours au 109 M. et ne présente aucune trace de fluxion.

1^{er} juillet 1938 : Guérison complète.

V. — *Péricorongarite de la g⁸.*

M. M... G..., âgé de 25 ans, se présente, le 22 juin 1938, pour un trismus important et des névralgies dentaires datant de cinq jours environ. L'examen est rendu très difficile par le trismus, les mâchoires sont très serrées et très difficilement, on passe l'index entre elles pour examiner la dent de sagesse inférieure gauche. La g⁸ est recouverte d'un capuchon muqueux qui, laisse sourdre du pus.

Adénopathie douloureuse sous angulo-maxillaire. La peau est de coloration normale.

On prescrit une hygiène buccale et comme traitement médical, le 109 M., à raison de 10 comprimés par jour.

23 juin 1938 : Le malade va beaucoup mieux ; il a dormi et ouvre déjà un peu mieux la bouche.

24 juin 1938 : Extraction de la G⁸.

25 juin 1938 : L'amélioration est nette, les névralgies ont presque cessé et le malade ouvre bien la bouche. L'adénopathie a disparu.

On a diminué la dose de 109 M., de 10 comprimés à 8 comprimés en vingt-quatre heures.

27 juin 1938 : Extraction de la g⁸.

1^{er} juillet 1938 : Guérison complète.

VI. — *Ostéophlegmon siégeant au niveau de la g⁸.*

M. B... M..., âgé de 43 ans, se présente à la consultation le 22 juin 1938, pour une fluxion douloureuse siégeant au niveau de l'angle et de la branche horizontale gauche de la mandibule et datant de quatre jours. Le malade à 39°4. La lésion s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire. L'examen intrabuccal révèle au niveau de la g⁸ (qui

sert de pilier pour un bridge de 4 éléments) une monoarthrite apicale suppurée. Le vestibule est comblé et le pus bien collecté. On pratique l'incision qui fait sortir un pus fétide, d'aspect gangréneux. Lavage H^2O^2 et au Dakin. On fait un traitement médical par le 109 M., en raison de 12 comprimés par jour.

23 juin 1938 : Va mieux, la température est normale.

24 juin 1938 : Dépose du bridge et extraction de la g^8 .

On voit le malade tous les jours. La lésion regresse progressivement. Le malade peut dormir et s'alimenter.

Le 1^{er} juillet 1938, le malade est vu pour la dernière fois déjà complètement guéri.

VII. — *Ostéophlegmon au niveau de la g^5-g^6 .*

M. P... C..., âgée de 37 ans, se présente à la consultation le 27 juin 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la branche horizontale gauche de la mandibule et datant de vingt-quatre heures. La peau est de coloration normale. Adénopathie sous-maxillaire. L'examen intrabuccal montre le vestibule comblé au niveau de la g^5-6 .

Les g^5-6 présentent une arthrite suppurée. On fait une incision de la collection et l'extraction de la g^5-6 . Traitement médical par le 109 M., 10 comprimés par jour.

28 juin 1938 : Grande amélioration. La joue est complètement désenflée. L'adénopathie a disparu. Les plaies alvéolaires sont propres.

Le malade n'est plus revenu.

VIII. — *Ostéophlegmon au niveau de G^3-4 .*

M. N... M..., âgé de 59 ans, se présente à la consultation le 28 juin 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant

sur la joue gauche et datant de quatre jours environ. L'examen intrabuccal nous révèle une monoarthrite apicale suppurée de G³⁻⁴. On fait l'extraction de G³ et G⁴ et on prescrit un traitement médical par le 109 M., que la malade va prendre à raison de 10 comprimés par jour.

29 juin 1938 : Grande amélioration, le pus se vide en abondance et le malade ne souffre plus.

30 juin 1938 : La tuméfaction génienne a presque disparu. Le pus se vide toujours par les alvéoles G³⁻⁴.

4 juillet 1938 : Malade va très bien. Hygiène buccale.

5 juillet 1938 : Guérison complète.

IX. — *Ostéophlegmon dans la région g⁴⁻⁵.*

Mme Ch... E..., âgée de 45 ans, vient à la consultation le 22 juin 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la partie gauche de la branche horizontale du maxillaire inférieur au niveau des prémolaires et datant de deux jours. La lésion s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire gauche, sensible à la palpation. A l'examen intrabuccal, monoarthrite de g⁵. Le vestibule est légèrement comblé.

On enlève la g⁵ et on prescrit comme traitement médical le 109 M., 10 comprimés par jour.

24 juin 1938 : Grande amélioration. Les névralgies ont cessé et le malade a bien dormi. La fluxion régresse rapidement.

La malade n'est plus revenue.

X. — *Ostéophlegmon dans la région de la D¹.*

M. P... J..., âgé de 45 ans, se présente à la consultation le 22 juin 1938, pour un œdème de la lèvre supérieure datant de vingt-quatre heures environ.

La tuméfaction est survenue brusquement et a atteint d'emblée son acuité maximum. A l'examen, collection nette de la gencive au niveau de D_1 . La D_1 présente une monoarthrite apicale suppurée. On incise la collection qui donne issue à un flot de pus fétide ; on extrait la D_1 et on institue un traitement médical par le 109 M., à raison de 10 comprimés par jour.

23 juin 1938 : L'amélioration est nette. La lèvre supérieure a repris sa forme normale et le pus se draine en abondance.

24 juin 1938 : La lésion a complètement regressé.

Le malade n'est plus revenu.

XI. — *Ostéophlegmon au niveau de la d^4 .*

Mme R... T..., âgée de 50 ans, se présente à la consultation le 22 juin 1938, pour une collection gingivale qui est formée depuis vingt-quatre heures au niveau de la d^4 .

A l'examen, monoarthrite apicale suppurée de la d^4 . On enlève la d^4 et on institue un traitement médical par le 109 M., à raison de 10 comprimés par jour.

23 juin 1938 : On revoit la malade, mais la guérison est presque complète, plus de trace de collection et les névralgies ont disparu.

La malade n'est plus revenue.

XII. — *Polyalvéolise dentaire et abcès.*

M. T... Ch..., âgé de 39 ans, se présente à la consultation le 20 juin 1938, pour des névralgies dentaires et abcès siégeant au palais, au niveau de la G^2 et G^3 et datant de

de névralgies dentaires qui surviennent par crises depuis une semaine.

A l'examen intra-buccal, monoarthrite apicale de la D⁶. Le vestibule est libre. On enlève la D₆. Il n'y a pas de pus. On institue un traitement médical par le 109 M., à raison de 10 comprimés par jour.

2 juillet 1938 : La fluxion a beaucoup diminué et le pus se draine en abondance par l'alvéole de la D⁶.

3 juillet 1938 : La joue est redevenue normale, le malade ne souffre plus et n'est plus réveillé par des névralgies.

4 juillet 1938 : La guérison est complète.

XVI. — *Abcès gingival dans la région de D₄*

M. D... P..., âgé de 38 ans, se présente à la consultation le 2 juillet 1938, pour des névralgies dentaires et tuméfaction jugale droite et datant de quatre à cinq jours environ. On note un oedème de la paupière inférieure droite.

A l'examen intra-buccal on note : Une monoarthrite apicale suppurée de la D₄ — et une collection bien limitée à l'apex de la D₄. — On enlève la D₄ et on administre 10 comprimés de 109 M., que le malade va renouveler tous les jours.

3 juillet 1938 : Grande amélioration. L'oedème palpébral a disparu et la fluxion jugale a beaucoup diminué. Le pus se vide en abondance par l'alvéole de D₄.

4 juillet 1938 : La guérison est complète.

XVII. — *Ostéophlegmon au niveau de la g5.*

M. B... R..., âgé de 33 ans, se présente à la consultation le 2 juillet 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant

sur la mandibule gauche et datant de trente-six heures environ. La lésion s'accompagne d'une adénopathie douloureuse sous-maxillaire gauche. A l'examen intra-buccal une monoarthrite apicale suppurée de la g5. Le sillon gingivo-jugal gauche est comblé et douloureux au toucher. Le plancher buccal est libre.

L'incision donne issue à un flot de pus fétide. On met une sonde cannelée et on enlève ensuite la g5.

On institue un traitement médical par le 109 M., que le malade prendra en 10 comprimés par jour.

3 juillet 1938 : L'amélioration est nette. La fluxion a beaucoup diminué. L'adénopathie a disparu et les névralgies ont cessé.

4 juillet 1938 : La fluxion a complètement disparu et le malade ne souffre plus.

5 juillet 1938 : La guérison est complète.

XVIII. — *Ostéophlegmon au niveau de D5.*

Mme M... M..., âgée de 31 ans, vient consulter le 11 juillet 1938, pour une fluxion douloureuse siégeant sur la joue droite et datant de deux jours.

Le sillon naso-génien est effacé. On note un œdème palpébral. A l'examen endo-buccal le vestibule est comblé. La D5 présente une monoarthrite apicale suppurée. D7 est à l'état de racine gangrenée.

On enlève les D5 et D7 et on institue un traitement médical par le 109 M., que la malade va prendre à raison de 10 comprimés par jour.

12 juillet 1938 : L'amélioration est nette. La malade a bien dormi et elle ne souffre plus. La fluxion jugale a diminué.

13 juillet 1938 : Bon état. Hygiène buccale.

14 juillet 1938 : La joue est redevenue presque normale.

16 juillet 1938 : Guérison complète.

XIX. — *Ostéophlegmon au niveau g6-7.*

Mlle P... T..., 20 ans, se présente à la consultation, le 13 juillet 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la mandibule gauche et datant de deux jours. La fluxion, d'après les dires de la malade, était d'emblée grosse et survenue brusquement le matin au réveil. On note une adénopathie sous-maxillaire gauche, sensible à la palpation.

A l'examen endo-buccal on note : un sillon gingivo-jugal comblé, collection mal limitée, les g6-7, à l'état de racines nécrosées.

L'incision donne issue à un flot de pus fétide et épais. On enlève les racines des g6,7.

Traitement médical par le 109 M., en raison de 10 comprimés par jour.

14 juillet 1938 : La joue est enflée. L'adénopathie persiste, mais le malade ne souffre plus et peut dormir.

15 juillet 1938 : La fluxion a diminué, le pus se draine en abondance.

16 juillet 1938 : L'adénopathie persiste toujours.

17 juillet 1938 : La joue a désenflé. Les plaies alvéolaires sont propres et en voie de cicatrisation.

21 juillet 1938 : L'adénopathie a disparu. La malade va très bien. Elle ne prend actuellement que 8 comprimés de 109 M.

23 juillet 1938 : La guérison est complète.

XX. — *Ostéophlegmon au niveau d6.*

M. V... J..., âgé de 24 ans, vient à la consultation le 13 juillet 1938, pour une fluxion douloureuse siégeant sur la mandibule droite et datant de vingt-quatre heures. La fluxion s'installa brusquement, accompagnée de névralgies dentaires. Le tégument de la joue droite est tendu et luisant. Une adénopathie sous-maxillaire droite accompagne la lésion ; on palpe deux ganglions gros comme des noisettes.

A l'examen endo-buccal, d4 présente une carie pénétrante ; d6 est à l'état de racine nécrosée.

On enlève la d4 et d6 et on prescrit le 109 M., 10 comprimés par jour.

14 juillet 1938 : Etat très satisfaisant. Le malade ne souffre plus. La fluxion a presque complètement disparu.

15 juillet 1938 : Plus de trace de pus. La joue est redevenue normale. Les ganglions sous-maxillaires, à peine perceptibles.

17 juillet 1938 : La guérison est complète.

XXI. — *Monoarthrite suppurée de g6.*

M. L... F..., âgé de 17 ans, se présente à la consultation le 19 juillet 1938 pour une douleur dentaire datant de deux jours.

A l'examen monoarthrite aiguë apicale suppurée de g6, qui porte un amalgame sur sa face triturante.

On enlève la g6 sous-anesthésie régionale, deux granulomes aux bouts des racines, et on donne au malade

8 comprimés de 109 M., qu'il va prendre au courant de la journée.

20 juillet 1938 : L'amélioration est nette. Le malade a bien dormi. Il accuse encore de vagues douleurs, que la mastication provoque de temps en temps.

Hygiène buccale. 109 M., 8 comprimés.

21 juillet 1938 : Guérison complète.

XXII. — *Ostéophlegmon au niveau de d5.*

M. A..., âgé de 14 ans, vient à la consultation le 21 juillet 1938, pour une tuméfaction indolore siégeant sur la joue dans la région prémolaire inférieure droite et datant de vingt-quatre heures.

La fluxion s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire droite. Les téguments gardent leur coloration normale.

A l'examen endobuccal : gangrène pulpaire de d5.

On enlève la d5 et on donne au malade 10 comprimés de 109 M.

22 juillet 1938 : La tuméfaction a totalement disparu. Le pus se draine en abondance par l'alvéole. Lavage et 109 M., 10 comprimés.

23 juillet 1938 : Plus de trace de pus. La joue est redevenue normale. La guérison est complète.

XXIII. — *Accident d'évolution de la d8 compliqué d'un ostéophlegmon.*

M. E... R..., âgé de 25 ans, vient le 19 juillet 1938, à la consultation de l'Hôtel-Dieu, pour une fluxion douloureuse

siégeant sur la joue droite et datant d'une semaine environ. La fluxion s'étend sur toute la hauteur de la branche montante de la mandibule et vient combler en avant le sillon naso-génien. La tuméfaction est de consistance dure ; la peau est tendue, luisante.

A noter un léger trismus et le malade fait 38°7.

Examen endo-buccal : la d8, est recouverte d'un capuchon muqueux et on fait sourdre du pus par le moindre contact de l'instrument.

On note une adénopathie douloureuse sous-angulo-maxillaire. Le malade accuse des otalgies droites et une céphalée opiniâtre. On met de l'acide chromique sous le capuchon muqueux de d8 et on institue un traitement médical par le 109 M., que le malade va prendre en raison de 10 comprimés par jour.

21 juillet 1938 : La fluxion a légèrement diminué, mais le malade ne souffre plus et il a dormi cette nuit. Le trismus a cédé et la tuméfaction est devenue fluctuante par endroits. On enlève la d8, le pus se draine par l'alvéole.

22 juillet 1938 : Va bien mieux. La joue est redevenue presque normale. Les otalgies ont cessé. La plaie alvéolaire est propre.

23 juillet 1938 : La guérison est quasi complète. Le malade n'est plus revenu.

XXIV. — *Ostéophlegmon au niveau de d7.*

Mme O...A..., âgée de 45 ans, vient consulter le 23 juillet 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la joue droite et datant de quatre jours environ. Les névralgies irradient vers l'oreille droite et on provoque une douleur aiguë en palpant la mastoïde.

Examen endo-buccal : Le sillon gingivo-jugal droit est comblé. La d7 présente une grosse perte de substance et une monoarthrite apicale.

La d8 est à l'état de racine gangrénée.

On enlève la d7 et d8 et on donne à la malade 12 comprimés de 109 M., qu'elle va prendre au courant de la journée.

24 juillet 1938 : Grande amélioration. Le pus se vide en abondance par les alvéoles. La tuméfaction a beaucoup diminué. Hygiène buccale. 109 M., 10 comprimés.

26 juillet 1938 : La joue est redevenue normale. La malade ne souffre plus. Lavage. 109 M., 10 comprimés.

28 juillet 1938 : Guérison complète.

XXV. — *Ostéophlegmon au niveau G1-2.*

Mme K... R..., âgée de 34 ans, se présente à la consultation le 23 juillet 1938 pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la lèvre supérieure sur sa moitié gauche et datant de trois jours. La fluxion s'est installée progressivement et les névralgies sont intermittentes.

Examen endo-buccal : Le sillon gingivo-jugal est comblé dans la région G2. La malade est édentée de ses incisives G1-2.

A noter : Un œdème de la paupière inférieure gauche.

L'incision qui a donné issue à un flot de pus fétide et d'aspect gangréneux a beaucoup soulagé la malade.

On institue un traitement médical par le 109 M. que la malade va prendre en raison de 10 comprimés par jour.

24 juillet 1938 : Bon état. La lèvre supérieure a désenflé et l'œdème palpébral a disparu. Hygiène buccale et on

envoie la malade à la radiographie pour ses incisives gauches.

Nous ne revoyons la malade que le 6 septembre 1938 avec une petite collection qui était en train de se former au niveau de la G1. La radio a montré en effet une fraction de racine de G1 que l'on a enlevée séance tenante.

La malade n'est plus revenue.

XXVI. — *Ostéophlegmon au niveau de g5-7.*

M. L... P..., âgé de 33 ans, se présente à la consultation le 25 juillet 1938 pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la branche horizontale de la mandibule gauche et datant de trois jours environ.

La fluxion est apparue brusquement et elle a grossi très rapidement. Le malade se plaint de névralgies dentaires depuis un mois. La peau de la joue gauche est tendue mais elle garde sa teinte normale.

Examen endo-buccal : Le vestibule est comblé. La collection est nette, g5 et g8 sont mobiles et douloureuses à la percussion perpendiculaire, g7 est à l'état de racine gangrénée. L'incision du vestibule donne issue à un pus fétide.

On fait l'extraction de g5, 7, 8 et on donne au malade 10 comprimés de 109 M., qu'il va prendre dans la journée.

26 juillet 1938 : Bon état. Lavage. 109 M., 10 comprimés.

27 juillet 1938 : Va beaucoup mieux. La fluxion a presque disparu. Le pus se draine en abondance. Le malade ne souffre plus.

Lavage. 109 M., 10 comprimés.

Le malade n'est plus revenu.

XXVII. — *Ostéophlegmon au niveau de la G5.*

Mme R... A..., âgée de 51 ans, vient à la consultation le 25 juillet 1938 pour une tuméfaction importante siégeant sur la joue gauche et datant de deux semaines environ. La fluxion augmentait lentement, mais continuellement. Le tégument est de coloration normale.

Examen endo-buccal : La G5 présente une monoarthrite apicale suppurée.

On enlève la G5 et on donne au malade 10 comprimés de 109 M., qu'elle va prendre au courant de la journée.

26 juillet 1938 : La fluxion a beaucoup diminué. Le pus se draine en abondance par l'alvéole G5.

Lavage et 109 M., 10 comprimés.

27 juillet 1938 : Guérison complète.

XXVIII. — *Ostéophlegmon au niveau de D3.*

M. L... F..., âgé de 47 ans, se présente à la consultation le 26 juillet 1938 pour une fluxion siégeant sur la joue droite et datant de quatre jours. La fluxion a effacé le sillon naso-génien et s'étend du pli naso-palpébral à la commissure labiale.

A noter : œdème de la paupière inférieure droite.

Examen endo-buccal : Le sillon gingivo-jugal droit est légèrement comblé. La D3 est abrasée et présente une monoarthrite apicale suppurée.

On fait l'extraction de la D3. Le pus se draine mal.

On institue un traitement médical par le 109 M. en raison de 10 comprimés par jour.

27 juillet 1938 : Grande amélioration. L'œdème palpébral a disparu. La fluxion a diminué de moitié. Le pus se draine en abondance.

28 juillet 1938 : La joue est redevenue presque normale. Il n'y a plus de pus, qui se tarit totalement.

29 juillet 1938 : Guérison complète.

XXIX. — *Ostéophlegmon au niveau d6, 7.*

M. D... M..., âgé de 19 ans, se présente à la consultation le 25 juillet 1938 pour une tuméfaction de la joue droite et des névralgies dentaires datant de quinze jours environ.

La joue droite est très enflée, mais garde une teinte normale. La lésion s'accompagne d'une adénopathie sous maxillaire droite douloureuse à la palpation.

Examen endo-buccal : Bouche très septique, haleine fétide. d5, 6, 7 et D6, 7 à l'état de racines gangrénées. Le vestibule est comblé au niveau de d5, 6, 7, par un empâtement douloureux. On fait l'extraction de d5, 6, 7 et on institue un traitement médical par le 109 M. en raison de 10 comprimés par jour.

26 juillet 1938 : Malade va beaucoup mieux.

La fluxion a beaucoup diminué et les névralgies ont cessé. C'est la première fois depuis quinze jours que le malade a bien dormi la nuit. Le pus se draine en abondance.

27 juillet 1938 : Bon état.

28 juillet 1938 : L'adénopathie est encore perceptible, mais le malade ne souffre plus. La joue est redevenue presque normale.

29 juillet 1938 : Extraction D6, 7 (racines). Hygiène buccale.

30 juillet 1938 : Plus de trace de pus sur la compresse. Les plaies alvéolaires sont propres et en voie de guérison.

31 juillet 1938 : Guérison confirmée.

XXX. — *Abcès palatin au niveau de la D3.*

M. L... F..., âgé de 39 ans, vient à la consultation le 26 juillet 1938, pour une collection purulente siégeant au palais au niveau de la D3 et persistant depuis huit semaines environ. La D3 servait de pilier pour un bridge de 7 éléments (D3 G4).

La D3 a été séparée et extraite en ville, il y a six semaines, mais l'avulsion de la D3 n'a pas fait vider l'abcès palatin qui persiste toujours et au moment de l'examen, il est gros comme une noix.

La pression qui n'est pas douloureuse, fait sourdre du pus par l'alvéole de D3. On fait un lavage buccal et on institue un traitement médical par le 109 M., 10 comprimés par jour.

26 juillet 1938 : L'abcès a beaucoup diminué. Le pus se vide en abondance par l'alvéole de D3.

27 juillet 1938 : Etat satisfaisant.

28 juillet 1938 : La suppuration est tarie. Hygiène buccale. On voit le malade tous les jours et la lésion est en voie de guérison. Vers la fin du mois de juillet, le malade reste sans traitement. Revu le 22 août 1938, la suppuration a recommencé. On administre à nouveau du 109 M., que le malade a cessé de prendre depuis trois semaines et le 24 août 1938, on procède à un curettage soigneux du foyer purulent.

25 août 1938 : Grande amélioration. La suppuration tarie. La plaie est propre.

26 août 1930 : Hygiène buccale. La lésion en voie de guérison. Le malade n'est plus revenu.

XXXI. — *Ostéophlegmon au niveau de la D2.*

Mme F... M., âgée de 37 ans, nous a été adressée du service d'ophtalmologie le 27 juillet 1938, pour une fluxion douloureuse et importante siégeant sur la joue droite et datant de quarante-huit heures environ. La malade accuse depuis quelques jours des douleurs dans son œil droit. La malade a la sensation de brûlures et de picotements dans la sclérotique.

A l'examen, la fluxion qui s'installa progressivement a effacé le sillon naso-génien et s'étend du pli naso-palpébral à la commissure labiale droite. Le vestibule est comblé par un empâtement douloureux au niveau de la D2.

La D2 présente une monoarthrite apicale.

On enlève la D2 et on institue un traitement médical par le 109 M. (12 comprimés par jour).

29 juillet 1938 : Grande amélioration. Les troubles oculaires ont disparu. La fluxion a beaucoup diminué.

30 juillet 1938 : Bon état. La malade prendra 8 comprimés de 109 M., par jour.

31 juillet 1938 : La joue est redevenue presque normale. La suppuration tarie.

1^{er} août 1938 : Guérison confirmée.

XXXII. — *Ostéophlegmon au niveau de g8.*

M. F. G..., âgé de 48 ans, se présente à la consultation le 26 juillet 1938 pour une tuméfaction de la joue gauche et des névralgies dentaires datant de onze jours environ.

La peau garde sa coloration normale. L'examen endo-buccal est rendu difficile par le trismus qui est important. Le vestibule est libre.

La g8 présente une grosse perte de substance sur sa face lingo-triturante et une gangrène pulpaire.

Hygiène buccale. Traitement médical par le 109 M., 10 comprimés par jour.

27 juillet 1938 : Le trismus a un peu cédé. On fait la radiographie de la g8.

28 juillet 1938 : Extraction de la g8.

29 juillet 1938 : Grande amélioration. Le malade ouvre spontanément la bouche et il a bien dormi la dernière nuit.

30 juillet 1938 : La joue est redevenue normale. On diminue la dose de 109 M. à 5 comprimés par jour.

31 juillet 1938 : Hygiène buccale. Les mâchoires ne sont plus serrées.

1^{er} août 1938 : La plaie est propre et en voie de guérison.

3 août 1938 : Guérison confirmée.

XXXIII. — *Ostéophlegmon au niveau de G5.*

M. R. I.,, âgé de 45 ans, se présente à la consultation le 30 juillet 1938 pour une fluxion douloureuse siégeant sur la joue gauche, s'étendant du pli naso-pulpébral gauche à la commissure labiale et datant de trois jours. Le malade se plaint de névralgies dentaires atroces qui l'empêchent de dormir.

A noter un œdème de la paupière inférieure gauche.

Examen endo-buccal : le sillon gingivo-jugal est comblé au niveau de G5, 6. La collection est nette.

G5 est en état de racine nécrosée. Le G6 présente une légère alvéolyse.

Par ailleurs une dentition mal soignée.

On note du tartre salivaire important.

L'incision de la collection donne issue à un flot de pus fétide d'aspect gangréneux.

On institue un traitement médical par le 109 M., à raison de 10 comprimés par jour.

1^{er} août 1938 : La fluxion a totalement disparu. Extraction de G5.

3 août 1938 : Le malade va très bien. Il ne souffre plus. La plaie alvéolaire est propre. On fait un détartrage soigneux. Le malade n'est plus revenu.

XXXIV. — *Péricoronarite de la g8.*

M. T... J., âgé de 29 ans, vient à la consultation le 15 juillet 1938, pour un trismus important et des névralgies dentaires datant de sept jours environ. La joue est légèrement enflée à l'angle de la mandibule gauche, mais elle est de teinte normale. On note une adénopathie sous-maxillaire gauche (on sent 2 gros ganglions) douloureuse à la palpation.

Les mâchoires sont serrées.

Examen endo-buccal : Très limité à cause des trismus. Monoarthrite de la g8, et on fait sourdre du pus au moindre contact de l'instrument. On applique de l'acide chromique au voisinage de la g8 et on institue un traitement médical par le 109 M., 12 comprimés par jour. Radio de la g8.

16 juillet 1938 : Les mâchoires sont moins serrées. Ac. chromique.

17 juillet 1938 : Bon état. L'examen endo-buccal est rendu facile.

18 juillet 1938 : Extraction de la g8. Mèche.

19 juillet 1938 : Grande amélioration. Les névralgies ont cessé et la joue est redevenue normale. Le malade ne prend actuellement que 8 comprimés, de 109 M. par jour.

20 juillet 1938 : Hygiène buccale.

21 juillet 1938 : L'adénopathie n'est plus perceptible.

22 juillet 1938 : La lésion est en voie de guérison.

29 juillet 1938 : Guérison confirmée.

XXXV. — *Ostéophlegmon au niveau d4, 5.*

Mlle M... S..., âgée de 24 ans, se présente à la consultation le 15 juillet 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la joue droite et datant de cinq jours.

La fluxion s'installa progressivement et a envahi toute la moitié inférieure de la joue droite. A noter adénopathie sous-maxillaire droite sensible à la palpation.

Examen endo-buccal : Le vestibule est comblé au niveau de d4-5. La collection est nette d4, présente une monoarthrite apicale d7, est à l'état de racine nécrosée. On incise la collection et on enlève les d4 et d7. La malade saigne beaucoup. Arrhémopectine.

10 comprimés de 109 M.

16 juillet 1938 : Grande amélioration. La fluxion a beaucoup diminué et la malade ne souffre plus. Le pus se draine en abondance.

Hygiène buccale. 109 M., 10 comprimés.

17 juillet 1938 : L'adénopathie n'est plus perceptible. Les plaies alvéolaires sont propres. La joue est redevenue nor-

male. Hygiène buccale et 109 M., 10 comprimés. La malade n'est plus revenue.

XXXVI. — *Ostéophlegmon au niveau de g5.*

M. G... L..., âgé de 32 ans, se présente à la consultation le 4 août 1938, pour une fluxion douloureuse siégeant sur la joue gauche et datant de deux jours.

La tuméfaction qui s'installa progressivement a envahi toute la moitié inférieure de la joue gauche. Les névralgies dentaires sont atroces et empêchent le malade de dormir.

Adénopathie sous-maxillaire gauche douloureuse. A noter un œdème de la moitié gauche de la lèvre inférieure. Signe de Vincent (+).

Examen endo-buccal : Le vestibule est légèrement comblé au niveau de la g5, 6.

g6 présente une grosse perte de substance et une monoarthrite apicale.

On fait l'extraction de la g5 et on donne au malade 12 comprimés de 109 M.

5 août 1938 : Grande amélioration. La tuméfaction a beaucoup diminué. Le malade n'accuse plus de douleur. Le pus se draine en abondance.

Lavage 109 M., 10 comprimés.

6 août 1938 : L'adénopathie n'est plus perceptible. La plaie alvéolaire est propre. 109 M., 8 comprimés.

9 août 1938 : La joue a repris son aspect normal. 109 M., 8 comprimés.

Le malade n'est plus revenu.

XXXVII. — *Ostéophlegmon au niveau de la G6.*

M. W... L..., âgé de 29 ans, se présente à la consultation le 8 juillet 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la joue gauche et datant de vingt-quatre heures environ. La fluxion s'est installée d'emblée volumineuse avec un œdème de la paupière inférieure gauche.

Examen endo-buccal : Le sillon gingivo-jugal gauche est légèrement comblé au niveau de la G6. L'ouverture du canal de Sténon est turgescente. Le G6 est légèrement mobile et présente une monoarthrite apicale.

On fait l'extraction de la G6 et comme traitement médical on prescrit 10 comprimés par jour de 109 M.

9 juillet 1938 : La fluxion a presque disparu. Le pus se draine en abondance par l'alvéole.

10 juillet 1938 : Hygiène buccale. 109 M., 8 comprimés.

11 juillet 1938 : Amélioration progresse. Le malade ne souffre plus.

12 juillet 1938 : La joue est redevenue normale. La plaie alvéolaire est propre et en voie de guérison.

13 juillet 1938 : Guérison confirmée.

XXXVIII. — *Ostéophlegmon au niveau g7, 8.*

M. M... J..., âgé de 34 ans, vient à la consultation le 6 juillet 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la joue gauche, le long de la branche horizontale de la mandibule et datant de quatre à cinq jours environ. A noter une adénopathie douloureuse sous-maxillaire gauche. S. du Vincent (+).

Examen endo-buccal : Le sillon gingivojugal est comblé au niveau de g6, 7, 8.

La collection est nette. Les g7, 8 sont légèrement mobiles et présentent des arthrites apicales. L'incision de la collection fait issue à un pus fétide, épais. On fait l'extraction de g7 et g8, et on donne au malade 10 comprimés de 109 M., qu'il va prendre au courant de la journée.

7 juillet 1938 : Grande amélioration. La tuméfaction a disparu ainsi que l'adénopathie. La suppuration tarie.

Hygiène buccal : 8 comprimés de 109 M.

9 juillet 1938 : La joue est redevenue normale. Le malade ne souffre plus. Les plaies alvéolaires sont propres et en voie de cicatrisation.

XXXIX. — *Abcès palatin au niveau de la G4.*

M. Z... G..., âgé de 17 ans, se présente à la consultation le 7 juillet 1938, pour une collection purulente siégeant au palais en regard de G4 et datant de quarante-huit heures environ. La joue est légèrement enflée du côté gauche. Examen endo-buccal. Le sillon vestibulaire est comblé par un empâtement douloureux. Le palais, au niveau de la G4, présente une grosse collection de dimension d'une noix, très fluctuante. La G4 est à l'état d'une racine nécrosée.

L'incision de la collection donne issue à un flot de pus fétide et d'aspect gangréneux. On extrait la G4 et on donne comme traitement médical 10 comprimés de 109 M. que le malade prendra dans le courant de la journée.

8 juillet 1938 : La joue a totalement désenflé.

Le pus se draine bien au niveau de l'incision palatine et aussi par l'alvéole G4.

Lavage. 109 M., 10 comprimés.

9 juillet 1938: La joue est redevenue normale. Le malade ne souffre plus. La plaie est propre et en voie de cicatrisation.

Lavage et 8 comprimés de 109 M.

12 juillet 1938 : Guérison confirmée.

XL. — *Ostéophlegmon au niveau de g4.*

Mme G... C..., âgée de 25 ans, se présente à la consultation le 9 août 1938, pour une tuméfaction douloureuse siégeant sur la branche horizontale de la mandibule gauche et datant de quatre jours. La fluxion s'installe progressivement. La peau de la joue gauche est tendue et luisante.

Examen endo-buccal : le sillon gingivo-jugal est comblé au niveau de g4, 5. La collection est nette. La g4 présente une monoarthrite apicale suppurée.

On incise la collection qui donne issue à un pus fétide et épais. On enlève la g4 et on institue un traitement médical par le 109 M., que la malade prendra 10 comprimés par jour.

10 août 1938 : La fluxion a disparu. Le pus se draine par l'alvéole. Les névralgies ont cessé.

11 août 1938 : La joue est redevenue normale. La suppuration tarie. La malade n'est plus revenue.

XLI. — *Abcès de la table interne au niveau de la g7.*

M. S... J..., âgé de 21 ans, vient à la consultation le 2 août 1938, pour une collection gingivale siégeant au niveau de la face linguale de g7 et névralgies dentaires datant

de trois à quatre jours environ. Les douleurs sont atroces, continues avec des exacerbations nocturnes : le malade ne peut pas dormir.

A l'examen, la joue est normale, mais la palpation au niveau des molaires inférieures gauches est douloureuse.

Examen endo-buccal : Grosse collection au niveau de la face linguale de la g7. La g7 présente une grosse perte de substance de la face distale et une monoarthrite apicale suppurée.

A noter : une adénopathie sous-maxillaire gauche, sensible à la palpation.

On enlève la g7, après avoir incisé préalablement la collection et on institue un traitement médical par le 109 M., que le malade va prendre en raison de 10 comprimés par jour.

3 août 1938 : Bon état. Les névralgies ont totalement cessé et le malade a bien dormi la nuit. Le pus se vide en abondance.

5 août 1938 : La suppuration tarie. L'adénopathie n'est plus perceptible. On diminue la dose de 109 M. de 10 comprimés à 8 comprimés.

Le malade n'est plus revenu.

XLII. — *Ostéophlegmon au niveau de la d6.*

Mlle K... S..., âgée de 17 ans, se présente à la consultation le 13 août 1938, pour une fluxion douloureuse de la joue droite et datant de trois jours.

La fluxion augmentait progressivement, la peau est tendue et luisante.

A la palpation qui est très douloureuse on sent un empatement au niveau des molaires inférieures droites.

A noter une adénopathie sous-maxillaire douloureuse. On sent deux ganglions de grosseur d'une noisette.

La malade reçoit une piqûre intraveineuse d'une ampoule de 10 cm³ renfermant de la solution à 20 % de 109 M.

1^{er} février 1939 : Malade va bien mieux. Les mâchoires ne sont plus serrées. On enlève les g₇ et g₈ et on fait une ampoule en I.-V. de 109 M.

2 février 1939 : La fluxion a totalement disparu. La suppuration tarie. La malade ne souffre plus. Lavage 109 M. I.-V., n° 3.

La malade n'est plus revenue.

XLV. — *Ostéophlegmon au niveau de G5.*

M. I... A..., âgé de 26 ans, se présente à la consultation le 2 février 1939, pour une grosse tuméfaction douloureuse siégeant sur la joue gauche et datant de dix jours environ.

La fluxion d'emblée grosse et augmentant encore a envahi toute la joue gauche, les plis naso-géniens et naso-palpébrales sont effacés. On note un œdème de la paupière inférieure.

Examen endo-buccal : Le sillon gingivo-jugal est comblé, la collection est nette. La G₅ porte un amalgame depuis un an.

On enlève la G₅ après avoir incisé préalablement la collection et on institue un traitement médical par le 109 M. en injection intraveineuse. Les ampoules renferment 10 cm³ de solution à 20 % de 109 M. à raison d'une ampoule intraveineuse par jour.

3 février 1939 : La fluxion a diminué de moitié. Le pus se vide en abondance et le malade, pour la première fois

depuis dix jours, a bien dormi la nuit. Lavage. 109 M. I.-V., n° 2.

4 février 1939 : La joue est redevenue presque normale, l'œdème palpébral a disparu. La suppuration tarie. Lavage. 109 M. I.-V., n° 3.

6 février 1939 : La joue est redevenue normale, le malade ne souffre plus. La plaie alvéolaire est en voie de la cicatrisation. Lavage. 109 M. I.-V., n° 4.

8 février 1939 : Guérison complète.

XLVI. — *Ostéite subaiguë avec une cellulite jugale gauche.*

M. T... Maurice, âgé de 36 ans, se présente à la consultation de Stomatologie de l'Hôtel-Dieu le 9 janvier 1939, pour une tuméfaction siégeant sur la joue gauche et pour des névralgies d'origine dentaire, datant d'un mois.

Examen exo-buccal : La fluxion a envahi toute la joue gauche, le sillon naso-jugal est effacé, la peau est très enflammée, rouge et chaude.

A la palpation, on sent l'os déformé par un empâtement dur comme du bois englobant toute la branche horizontale de la mandibule gauche et peu douloureuse. L'épaississement porte surtout sur la région basilaire, mais intéressant aussi la table externe.

On note une adénopathie sous-maxillaire. L'ouverture de la bouche est limitée par un trismus rendant l'examen intra-buccal très difficile. La muqueuse gingivale inférieure gauche est œdématiée, congestionnée et boursoufflée. Les dents de ce côté sont légèrement mobiles et la pression de haut en bas, selon leur axe, semble les enfoncer dans le maxillaire comme les touches du clavier du piano. Nous notons l'intégrité de dents mobiles, sauf la g₇ qui

présente une gangrène pulpaire et qui est probablement la dent causale.

Le vestibule inférieur gauche est comblé dans toute son étendue.

La table interne, non douloureuse à la pression, ne semble pas participer au processus infectieux. Le plancher de la bouche est libre.

La muqueuse gingivale ne présente pas d'orifice fistuleux. Le signe de Vincent (d'Alger) est positif. L'état général est touché. Le malade a l'air fatigué, couvert de sueur et sa température est à 39°5. Les névralgies dentaires sont surtout accentuées dans la nuit et le malade ne peut pas dormir.

On note dans les antécédents de ce malade un cas semblable il y a quatre ans ; on a dû l'hospitaliser pendant dix jours ; le malade a reçu quelques piqûres de propidon, mais n'a subi aucune intervention dentaire.

A noter : le malade suit un traitement antispécifique depuis 1928 à Sainte-Anne, où sa femme, qui présente une spécificité héréditaire, est hospitalisée pour une paralysie générale. Depuis deux ans, les réactions sérologiques ont été toujours négatives.

Ces données cliniques réunies, on procède au traitement. La thérapeutique conseillée par le Dr L. Lebourg fut l'abstention de toute intervention chirurgicale et la conservation des dents mobiles, sauf la g7 causale, qu'on a extraite sous anesthésie régionale et l'institution d'un traitement médical par une série d'injections intraveineuses de 109 M. (Amp. de 10 cm³ de solution à 20 % de 109 M.) et refaire un B.-W. Le malade reçoit séance tenante sa première piqûre de 109 M.

10 janvier 1939 : Le malade a beaucoup transpiré la nuit.

La température est descendue à 38°, la joue est légèrement désenflée. Le pus se vide en abondance. 109 M. I. V., n° 2. Pansement.

11 janvier 1939 : La température est normale, les névralgies ont cessé. La suppuration tarie.

109 M. I. V. n° 3. Pansement antiphlogistine.

12 janvier 1939 : La tuméfaction de la joue a presque disparu, mais l'os de la mandibule gauche semble toujours soufflé et l'empâtement persiste. 109 M. I. V., n° 4.

13 janvier 1939 : Le malade se porte très bien. Les dents qui semblaient mobiles se sont consolidées. Le malade ne souffre plus. Pourtant l'os semble toujours soufflé et empâté par endroits, mais totalement indolore.

Le Dr Lebourg, malgré le B.-W. négatif, a décidé de faire au malade une série de piqûres de 914, en commençant par 0 gr. 30. Dès la deuxième piqûre, l'os est redevenu complètement normal et la guérison complète a été rapidement confirmée.

XLVII. — *Ostéophlegmon dû à une monoarthrite
de la G² + dermite streptococcique.*

M. G... J..., âgé de 63 ans, vient à la consultation de stomatologie de l'Hôtel-Dieu, le 13 février 1939, pour une tuméfaction douloureuse dans la région sous-orbitaire gauche et datant de deux jours.

Le malade fait 39°.

A l'examen exo-buccal, nous sommes frappés par la déformation de la face : un œdème volumineux infiltre la joue gauche, déforme la lèvre supérieure et boursoufle la paupière inférieure. Cet œdème dur, mou par endroits,

gagne la région zygomatique, en respectant la temporale gauche.

Les ganglions sous-maxillaires sont légèrement enflammés et sensibles à la pression. Les téguments sont rouges et très douloureux. A l'examen endo-buccal, vestibule comblé dans la région incisive-canine par un empâtement douloureux. La G_2 présente une monoarthrite apicale suppurée et donne au malade l'impression d'être plus longue

L'incision de la collection au niveau de G_{2-3} donne issue à un pus verdâtre fétide, mêlé de débris cellulaires sphacelés et de bulles de gaz. On fait l'extraction de la G_2 et le malade reçoit ensuite une injection intraveineuse d'une ampoule de 10 cm³ de la solution à 20 % du corps 109 M.

14 février 1939 : Grande amélioration : la fièvre est descendue à 37°4. L'œdème a blanchi et a nettement diminué. Le pus se vide en abondance. Lavage et corps 109 M. I. V., n° 2.

15 février 1939 : La dermite a totalement disparu, la suppuration s'est tarie. Lavage et corps 109 M., n° 3.

17 février 1939 : La guérison est complète.

MALADES TRAITÉS SECONDAIREMENT PAR LA PARAAMINOPHÉNYL- SULFAMIDE MÉTHYLÈNE SULFONATE DE SOUDE APRÈS ÉCHEC DES VACCINS.

I. — *Ostéophlegmon basilaire région de d₅₋₆ compliqué par un phlegmon ligneux du cou.*

M. T... F..., âgé de 47 ans, se présente à la consultation le 20 mai 1938, pour une tuméfaction énorme et peu douloureuse siégeant dans la région de l'angle du maxillaire inférieur droit, dans la région des molaires et sterno-cléido-mastoïdienne et datant du 13 mai 1938.

Les téguments ont une teinte rouge violacé sur la joue et vineux sur le cou droit. A l'examen, la fluxion est dure, presque ligneuse et la peau adhère aux placards indurés profonds. On perçoit pourtant dans la région sous-maxillaire, à certains endroits, une légère fluctuation.

L'examen intrabuccal, un peu difficile à cause du léger trismus, nous montre le vestibule et le plancher buccal libre et les plaies de l'alvéole de d₅ d₆ (les d₅d₆ ont été extraites en ville le 13 mai 1938).

L'état général du malade est bon et il ne fait pas de fièvre.

La ponction exploratrice a ramené du pus fétide, d'aspect gangréneux. On incise au même endroit, en se guidant sur l'aiguille laissée sur place et on a pansé le malade avec l'antiphlogistine.

22 mai : Même état. Pansement.

23 mai : Etat toujours stationnaire.

25 mai : Injection du vaccin antipyogène polyvalent.
Pansement.

27 mai : Injection de vaccin, pansement.

28 mai : Pansement, toujours pas d'amélioration.

30 mai : Injection de vaccin, pansement.

1^{er} juin : Injection de vaccin, pansement.

2 juin : Injection de vaccin, pansement.

3 juin : Nouvelle incision dans la région sous-maxillaire et pose d'un drain. Suppression de la vaccinothérapie et on commence le traitement médical par le 109 M., à raison de 10 comprimés par jour.

4 juin : Amélioration notable. La tuméfaction devient plus fluctuante. Nouvelle incision dans la région sous-maxillaire et on prescrit le 109 M.

5 juin : Pansement et 109 M.

7 juin : Pansement et 109 M.

La tuméfaction régresse progressivement et le pus se vide abondamment. Nous voyons le malade tous les jours. On renouvelle les pansements et le 109 M. dont on a diminué la dose de 10 comprimés à 8 comprimés par jour.

21 juillet 1938 : Nous voyons le malade pour la dernière fois. La fluxion a complètement disparu. Les plaies alvéolaires sont parfaitement cicatrisées ; la peau, qui est encore légèrement violacée, a repris son élasticité normale.

II. — *Ostéophlegmon basilaire siégeant au niveau de d₇.*

M. M... E..., âgé de 54 ans, se présente à la consultation du Dr Lebourg, le 17 mai 1938, pour une tuméfaction dou-

loureuse siégeant dans la région du sous-maxillaire droit et datant d'une semaine environ.

Les névralgies sont atroces et empêchent la malade de dormir.

L'examen intrabuccal nous montre la d_7 à l'état de racine gangrenée. Le plancher buccal et le vestibule sont libres.

On fait l'extraction de d_7 et ensuite on fait une injection d'Electrargol, 15 cm³.

18 mai : Lavage. Le malade souffre toujours, mais les névralgies ont nettement diminué.

19 mai : Lavage. Electrargol 15 cm³.

20 mai : Légère recrudescence des symptômes. Incision. Injection du bouillon vaccin dans la collection. Drainage. Electrargol 10 cm³.

On voit le malade tous les jours, on renouvelle les pansements, mais l'état reste toujours stationnaire.

28 mai : Tétra-vaccin 1/2 cm³.

1^{er} juin : Tétra-vaccin 3/4 cm³.

3 juin : Nouvelle incision, la collection s'étant beaucoup extériorisée à la peau.

4 juin : Tétra-vaccin, 1 cm³. L'état du malade reste malgré tout stationnaire.

20 juin : Extraction du d_8 . Mèche.

21 juin : Déméchage. Lavage au Dakin.

22 juin : Nouvelle recrudescence des symptômes. Le malade se plaint de névralgies, surtout nocturnes ; le pus se vide mal.

On a décidé d'instituer un traitement médical par le 109 M., que le malade absorbe à raison de 10 comprimés par jour.

Dès le lendemain, les névralgies ont presque complètement cessé.

On fait des lavages tous les jours.

Du 25 juin, le malade ne prend que 8 comprimés de 109 M., la lésion ayant tendance à régresser rapidement.

1^{er} juillet : Suppression du 109 M.

La tuméfaction a presque disparu et la pression qui n'est plus douloureuse, ne fait plus sourdre de pus.

9 juillet : On revoit le malade complètement guéri.

III. — *Abcès gingival au niveau de la d₈.*

Mlle S... F..., âgée de 22 ans, se présente à la consultation le 29 juin 1938, pour un trismus important et datant de cinq jours environ. Le 22 juin 1938, la malade s'est fait extraire une dent de sagesse inférieure droite en ville. Deux jours plus tard, le trismus s'est déclaré.

Le 27 juin 1938, la malade reçoit une injection du *propidon*, mais le trismus n'a pas cédé et la malade fait 39°.

L'*examen intrabuccal* difficile à cause des mâchoires serrées, nous révèle un abcès bien collecté de la table interne dans la région de la d₈.

On institue une hygiène buccale très soigneusement avec de l'H²O² et Dakin.

On prescrit le traitement par le 109 M., à raison de 10 comprimés par jour.

30 juin 1938: La malade revient heureuse, elle ne souffre plus. Son trismus a totalement cédé. L'abcès s'est littéralement vidé.

La malade n'est plus revenue.

IV. — *Ostéophlegmon au niveau de g₈.*

M. C... F..., âgé de 26 ans, vient à la consultation le 22 janvier 1939, pour une tuméfaction douloureuse siégeant

sur la mandibule gauche et datant de trois jours environ. Le malade accuse des névralgies dentaires continues, avec des exacerbations nocturnes, douleurs irradiant vers l'oreille gauche et qui provoquent des céphalées rebelles aux calmants, empêchant le malade de dormir.

L'examen endo-buccal est très limité par un trismus important ; on passe à peine une sonde entre les mâchoires fortement serrées. La g_8 est cariée. S. de Vincent est (+).

A noter une adénopathie sous-angulo-maxillaire douloureuse.

Le malade reçoit une piqûre d'Electrargol (10 cm³).

23 janvier 1939 : Etat stationnaire. On fait un lavage et on institue un traitement médical par le 109 M., en injection intraveineuse. Les ampoules de 10 cm³ de solution à 20 % de 109 M., à raison d'une ampoule intraveineuse par jour.

24 janvier 1939 : Le trismus a légèrement cédé. On enlève la g_8 et 109 M., intraveineux n° 2.

25 janvier 1939 : Grande amélioration. La fluxion a beaucoup diminué. 109 M., intraveineux n° 3.

26 janvier 1939 : La joue est de nouveau enflée, mais le trismus a totalement disparu et le malade ne souffre plus. Pansement antiphlogistine et 109 M.-I.-V. n° 4.

27 janvier 1939 : La joue est redevenue presque normale, l'adénopathie a disparu. 109 M.-I.-V., n° 5.

28 janvier 1939 : Plus de fluxion. La suppuration tarie. 109 M., I.-V., n° 6.

30 janvier 1939 : Guérison confirmée.

Conclusion.

« Grâce aux dérivés sulfamidés, la Chimiothérapie anti-microbienne vient de faire un progrès considérable, qu'il n'est pas exagéré de comparer à celui obtenu avec le 606 dans la lutte contre la syphilis » (D^r René MARTIN).

1° La paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude est un excellent antiseptique qui, non seulement expérimentalement, mais aussi réellement *in vivo*, a une action très appréciable dans les infections et septicémies à streptocoques.

2° Nous avons porté notre choix sur la paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude, car elle s'est montrée la moins toxique de tous les dérivés sulfamidés.

3° En effet, elle n'entraîne pas de modifications de la formule sanguine, ni de troubles graves d'intoxication, contrairement à d'autres corps sulfamidés.

4° La paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude semble avoir une particulière activité dans les infections bucco-dentaires et rhino-pharyngées.

5° La durée des infections bucco-dentaires a été notablement écourtée. La paraaminophényl-sulfamide

méthylène sulfonate de soude permet d'enrayer l'extension de lésions et de limiter les dégâts osseux.

6° L'emploi systématique de la paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude dans les infections de la cavité buccale est à conseiller.

A l'Hôtel-Dieu, nous administrons régulièrement la paraaminophényl-sulfamide méthylène sulfonate de soude dans toutes les grandes infections de la cavité buccale et les résultats sont très satisfaisants.

7° Nous espérons enfin qu'un large emploi de cette médication viendra dans un avenir prochain confirmer les résultats encourageants fournis par nos observations.

Vu :

Le Président de la thèse,

M. CARNOT.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,

TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

3173. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-1939
